

**SP 021**

**FABIO DAL FABBRO**

**DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA MICRO-ÁREA 4 DA  
COSTEIRA DO PIRAJUBAÉ.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal De Santa Catarina, para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2001**

**FABIO DAL FABBRO**

**DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DE MICRO-ÁREA 4 DA  
COSTEIRA DO PIRAJUBAÉ.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal De Santa Catarina, para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Coordenador do Curso: Dr. Edson Cardoso**

**Orientador: Dr. Fúlvio Borges Nedel**

**FLORIANÓPOLIS – SANTA CATARINA**

**2001**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais pelo suporte, pela atenção e paciência sempre dedicadas a mim irrestritamente.

Ao meu irmão, Felipe Lacerda Dal Fabbro, que sempre me ajudou.

Agradeço a todos meus colegas, principalmente Cristine Lemos Duarte, Fernando Silva Borba, Stefano Napoli Oliveira e Zaffer Maitto.

Aos amigos Jemerson Dalazen Pereira e Daniel Luiz Cardoso Maccari, que nunca faltaram.

# ÍNDICE

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2.OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3.METODOLOGIA.....</b>	<b>6</b>
<b>4.RESULTADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>5.DISSCUSSÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>6.CONCLUSÕES.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>26</b>
<b>NORMAS ADOTADAS.....</b>	<b>28</b>
<b>7.RESUMO.....</b>	<b>29</b>
<b>8.SUMMARY.....</b>	<b>31</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>32</b>

# 1.INTRODUÇÃO

A reforma do sistema de saúde no país, iniciada primordialmente no fim da década de 80 e que ainda se institui a nível nacional, tem motivado revisões no processo de planejamento, criando a necessidade informações recentes sobre a situação do setor.<sup>1</sup>

Como a proposta de reformulação inclui um processo de descentralização, regionalização e hierarquização de serviços, além de uma nova mentalidade no modelo assistencial, no qual não apenas a “demanda espontânea” (termo que designa a parcela da comunidade que procura os serviços de saúde por conta própria) é atendida, mas a população como um todo tem de ser coberta por esse modelo, voltou-se a valorizar a epidemiologia, como instrumento imprescindível na avaliação de saúde de grupos específicos da população.<sup>2,3</sup>

A descentralização proposta implica no deslocamento do poder, da gestão, das atribuições e das decisões para os níveis mais periféricos do sistema . Portanto é baseada em uma maior autonomia para a rede básica e no processo de distritalização, que mais do que uma simples reorganização geo-administrativa para o setor da saúde, é a tentativa de determinar populações geograficamente definidas em torno de determinados recursos de saúde. Por esta razão percebe-se a necessidade de homogeneizar as comunidades do ponto de vista social, ambiental e epidemiológico, a fim de otimizar a prestação de serviços e a utilização de recursos, além de isolar e analisar separadamente os problemas.<sup>1,4.</sup>

A fim de contextualizar esta reforma, deve-se lembrar que a sua idealização iniciou-se antes, mas só posto em prática após o término de um período de governo militar, no qual o modelo assistencial era, fundamentalmente centralizado no atendimento hospitalar e marcou a população em geral , gerando uma mentalidade na qual o referencial de saúde é o hospital como instituição, que historicamente, atua dissociado da rede básica, sendo esta uma reação em um momento mais democrático da nossa história.<sup>1</sup>

Em outra órbita de discussão, o início dos anos 90 é marcado por transformações rápidas, principalmente nos países menos desenvolvidos, como um intenso processo de urbanização, gerados por fluxos migratórios decorrentes dos mais diversos fatores ; uma incorporação desordenada de tecnologias, sem o correspondente desenvolvimento social para sustentá-las; inúmeras oportunidades de comunicação em áreas anteriormente isoladas; o maior conhecimento de doenças emergentes como a AIDS e as doenças oportunistas que a acompanham; entre outras.

No modelo assistencial proposto, os problemas principais devem ser identificados, a fim de expor as principais necessidades de cada comunidade em particular, para orientar o planejamento e analisar o desempenho dos serviços de saúde, afinal a ampliação e a grande complexidade organizacional também exigem um processo objetivo de avaliação em função de seus custos e do aumento constante da demanda.<sup>3</sup>

O esquadramento da população em um dado território, para desencadear ações sanitárias, não é uma inovação da reforma sanitária nacional, porém, no Brasil, as últimas análises haviam sido feitas em cima da demanda espontânea, avaliando assim não a situação global do local, mas apenas uma parcela que procura a rede básica de atenção à população.<sup>4</sup>

Dentre os estudos com base populacional, os inquéritos domiciliares vem sendo utilizados nos países industrializados, desde os anos 20, como fonte de informações importantes para conhecimento da situação de saúde da população, e do acesso aos serviços de saúde, fornecendo subsídios à avaliação destes. As informações geradas através destes inquéritos permitem a criação de uma “linha de base” para o planejamento de saúde, especialmente em pequenos territórios, pois conseguem caracterizar as reais necessidades da “demanda reprimida” (a parcela da população que não procura as unidades básicas de saúde, o inverso de demanda espontânea).<sup>3,6.</sup>

A revisão da literatura mostra que entre esses estudos vêm sendo privilegiados os de corte transversal único ou periódico, que utilizam entrevistadores leigos e levantam a morbidade sentida e expressa, sendo freqüentemente citados como “inquéritos domiciliares de saúde”.<sup>2</sup>

Com o evidenciamento da relação entre as condições de vida e as condições de trabalho dos grupos específicos da população e sua situação de saúde e, também, dos diagnósticos que se fazem com base em variáveis geográficas muito amplas, escondendo a grande heterogeneidade da situação de saúde de setores dentro de uma mesma população, sua nova configuração exige maior detalhamento de um menor território geográfico.<sup>8,10.</sup>

Portanto, a avaliação constitui uma etapa essencial do processo de planejamento e de administração do setor saúde, uma vez que possibilita a tomada de decisões da maneira mais racional possível em face dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde.<sup>2</sup>

O presente trabalho refere-se a dados levantados em um inquérito domiciliar realizado entre maio e julho de 1.999, na micro-área número 4, dentro da área 300, que pertence ao Distrito Docente Assistencial, em Florianópolis, sendo área de abrangência do Centro de Saúde II Costeira.

Durante o inquérito as pessoas foram questionadas sobre problemas crônicos de saúde, uso dos serviços de saúde disponíveis e condições de vida.

Que fique claro que o período em que se fez esta pesquisa corresponde ao momento após a implementação do processo de distritalização na capital de Santa Catarina, com a intenção de subsidiar o planejamento das atividades relacionadas à saúde na micro-área referida, dentro da dinâmica proposta pelo distrito sanitário. Porque a avaliação tem de ser aplicada nos vários momentos da administração com a finalidade de produzir informações capazes de confirmar ou modificar as próprias decisões dentro do processo, funcionando como dispositivos auto reguladores do sistema.<sup>3,9</sup>



## **2.OBJETIVOS**

**Geral:** Descrever a situação de saúde da comunidade, com variáveis elaboradas pelo Ministério da Saúde, de modo que procure apontar os principais problemas de saúde a nível coletivo, a fim de subsidiar o processo de planejamento e programação local de saúde.

**Específicos:**

- Delinear o perfil da comunidade de uma das micro-áreas de melhor nível sócio-econômico aparente da Costeira, utilizando os dados mais recentes possíveis.
- Identificar alguns problemas de saúde e necessidades da comunidade da micro-área 4.
- Fornecer informações que subsidiem a programação local de saúde.

### **3. METODOLOGIA**

Na construção deste trabalho foram utilizadas informações coletadas entre junho e julho de 1.999, na comunidade residente na micro-área 4 do PSF ( Programa de Saúde da Família ), situada no bairro da Costeira do Pirajubaé. Essas informações foram conseguidas através de um questionário formulado pelo Ministério da Saúde do Brasil e modificado pela Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, denominado como “Ficha cadastral familiar” e que foi usado pela agente de saúde Sayonara dos Santos, como instrumento de coleta.

A ficha cadastral, que foi aplicada nas entrevistas nos 184 domicílios da micro-área 4 do PSF, é dividida em dados coletivos e dados individuais. Na parte destinada aos dados coletivos são preenchidos espaços referentes ao endereço, ao material de fabricação das paredes externas, o número de cômodos do domicílio, o destino do lixo, o tratamento de água no domicílio, o abastecimento de água, o destino das fezes e urina, a instituição que procuram em caso de doença, o meio de comunicação utilizado, o grau de participação comunitária e o meio de transporte utilizado, entre outras informações. Na parte destinada aos dados individuais são coletados as informações referentes a cada um dos moradores do domicílio, como por exemplo, nome, idade, sexo, profissão, se é alfabetizado ou não, se possui plano de saúde e se refere alguma doença.

As informações contidas nestas fichas foram digitadas e processadas no software criado para o cadastramento dos programas PACS/PSF chamado de SIAB ( Sistema de Informação de Atenção Básica ), versão 3.2.

Também foi de influência direta sobre esta pesquisa, o fato de que como aluno da décima fase do curso de graduação do curso de medicina da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) trabalhei por quatro meses no Centro

de Saúde II Costeira, no atendimento básico à população e no programa de visitas domiciliares dentro da micro-área 4.

Os resultados foram analisados, após uma breve revisão bibliográfica sobre a reforma sanitária que se institui no Brasil, tendo por base a literatura nacional com visão crítica sobre o assunto.

## 4. RESULTADOS.

O processamento das informações coletadas no inquérito domiciliar, pelo SIAB 3.2, levou aos resultados que estão contidos neste capítulo do trabalho.

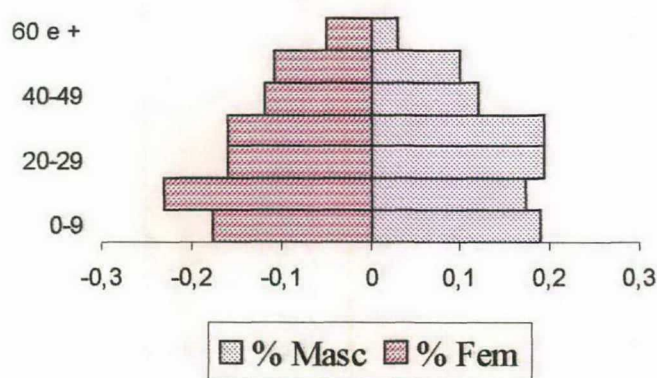
A micro-área 4, componente da área 300, por sua vez componente do Distrito Sanitário 5, é composta por 184 domicílios, sendo que nestes habitam 656 pessoas, média de 3,56 pessoas por domicílio.

A distribuição por sexo e faixa etária é a seguinte:

Tabela I. Perfil da população residente na micro-área 4.

Faixa etária	Sexo masculino		Sexo feminino		Total	
0-9 anos	63	9,4%	57	8,6%	120	18,3%
10-19 anos	57	8,6%	75	11,4%	122	18,6%
20-29 anos	64,5	9,8%	51,5	7,85%	116	17,68%
30-39 anos	64,5	9,8%	51,5	7,85%	116	17,68%
40-49 anos	40	6%	38	5,7%	78	11,9%
50-59 anos	33	5%	35	5,3%	68	10,36%
60 anos ou mais	10	1,5%	16	2,4%	26	3,9%
Total	332	50,6%	324	49,4%	656	100%

Gráfico I. Pirâmide etária da população da micro-área 4.



A distribuição das faixas etárias mostra leve predominância masculina e uma maioria da população jovem.

OBS.: Na verdade as faixas etárias processadas pelo software SIAB não obedecem a um critério, tendo divisões decenais nas faixas mais altas e anuais nas mais baixas, nas intermediárias são divididas em 5 anos, portanto os resultados foram adaptados de modo a poderem ser estratificados em divisões decenais para comparações posteriores.

Entre as doenças referidas as que apresentam maior número de casos são a diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica.

Tabela II. Distribuição das doenças referidas na população da micro-área 4.

Faixa etária	Doenças referidas					
	Alc.	Def.	Dia.	Epi.	Has.	Tb.
0-14 anos	0	3	0	0	0	0
15 anos e mais	7	6	21	7	27	2
Total	7	9	21	7	27	2

OBS.: Alc.= alcoolismo, Def.=deficiência mental, Dia= diabetes mellitus, Epi.=epilepsia, Has.=hipertensão, Tb.=tuberculose.

Mais da metade das famílias inquiridas é abastecida de água pela chamada “Cachoeira”, uma nascente de água doce. O tratamento é realizado em aproximadamente 40 % das residências.

Tabela III. Abastecimento de água da micro-área 4.

Abastecimento de água	Número de casas	%
Rede pública	82	44.57
Poço ou nascente	102	55.43

Gráfico II. Abastecimento de água na micro-área 4

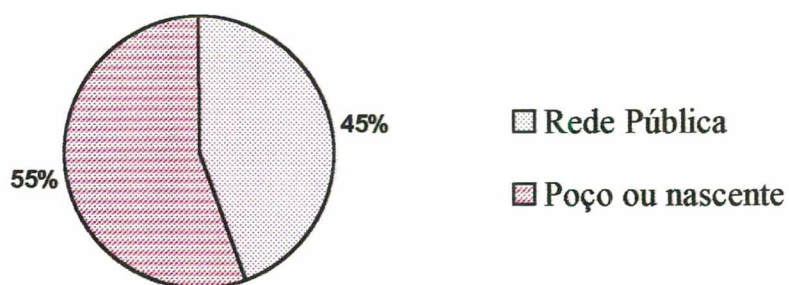
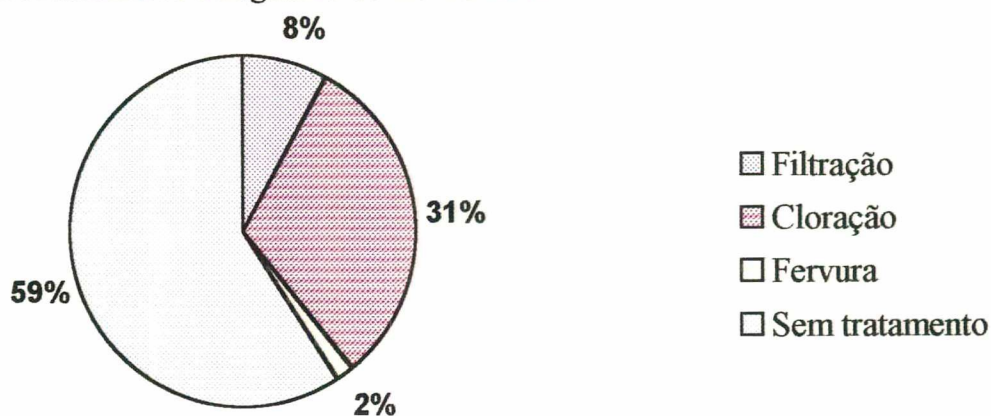


Tabela IV. Tratamento de água no domicílio na micro-área 4.

Tratamento de água	Número de casas	%
Filtração	15	8.15
Cloração	57	30.98
Fervura	3	1.63
Sem tratamento	109	59.24

Gráfico III. Tratamento de água no domicílio na micro-área 4





Quase a totalidade das casas possui energia elétrica e a maioria é feita de materiais de alvenaria.

Tabela V. Tipos de casa de acordo com o material de construção.

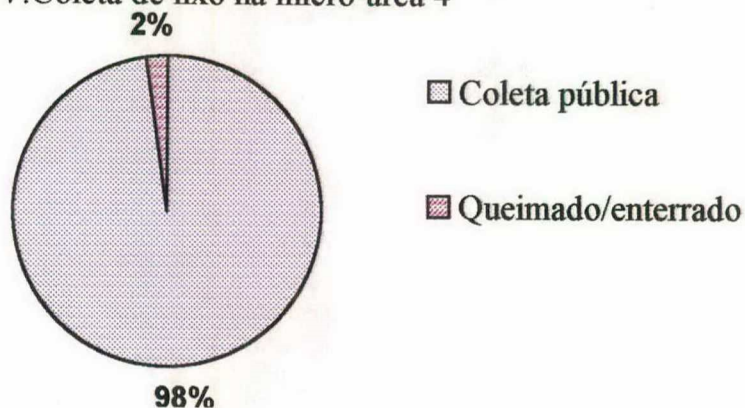
Tipos de casa	Número de casas	%
Tijolo	102	55.43
Taipa revestida	23	12.5
Taipa não revestida	2	1.09
Madeira	48	26.09
Material aproveitado	9	4.89
Total	184	100

A COMCAP ( Companhia para Melhoramentos da Capital ) realiza a coleta de lixo em todas as ruas da micro-área, cobrindo a quase totalidade da comunidade.

Tabela VI. Coleta de lixo na micro-área 4.

Destino do lixo	Número de casas	%
Coleta pública	180	97.83
Queimado/enterrado	4	2.17
Total	184	100

Gráfico IV. Coleta de lixo na micro-área 4



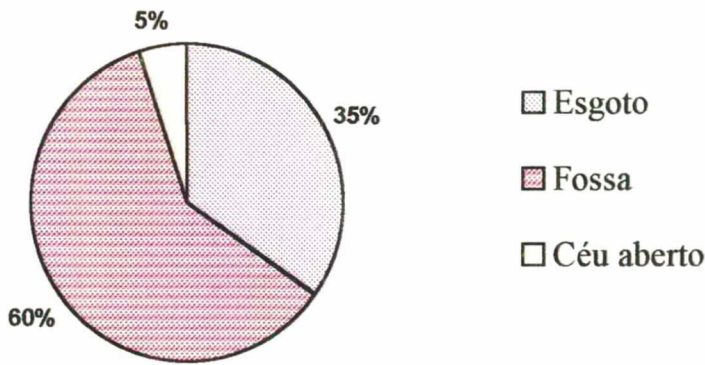
OBS.: Não houve nenhum entrevistado que referisse jogar o lixo a céu aberto.

No quesito destino das fezes e urina, grande parta da população refere ter fossas sanitárias.

Tabela VII. Destino das fezes e urina.

Destino das fezes e urina	Número de casas	%
Sistema de esgoto	64	34.78
Fossa	111	60.33
Céu aberto	9	4.89
Total	184	100

Gráfico V.Destino das fezes e urina na micro-área 4



Na questão da alfabetização se observou que a maioria da população refere saber ler e escrever.

Tabela VIII. Alfabetização na comunidade da micro-área 4.

Alfabetizados	Número de pessoas	% ( da faixa etária )
7 a 14 anos na escola	80	91.95
15 anos e mais alfabetizados	456	94.41
Total	536	94.03

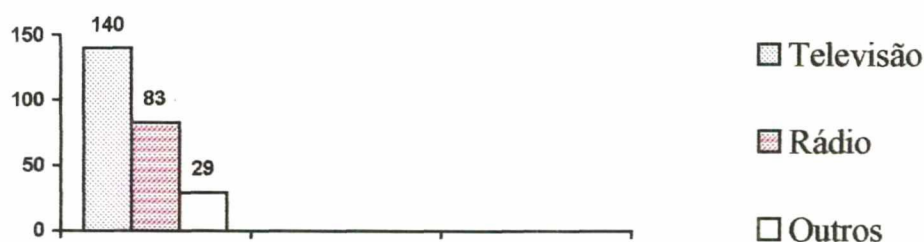


Na pesquisa sobre os meios de comunicação mais utilizados foram admitidas respostas múltiplas e a televisão foi escolhido como meio mais utilizado.

Tabela IX. Meios de comunicação mais utilizados na micro-área 4.

Meios de comunicação	Número de casas	%
Televisão	140	76.09
Rádio	83	45.11
Outros	29	15.76

Gráfico VI. Meios de comunicação mais utilizados na micro-área 4



OBS.: Na alternativa outros, o único meio referido foi o telefone.

Entre os meios de transporte utilizados o ônibus é o mais referido. Neste tópico também foram aceitas mais de uma resposta, já que apenas uma pessoa foi entrevistada por domicílio, portanto a resposta diz respeito a todos na residência.

Tabela X. Meios de transporte mais utilizados na micro-área 4.

Meios de transporte	Número de Famílias	%
Carro	40	21.74
Ônibus	167	90.76
Caminhão	1	0.54
Carroça	1	0.54
Outros	1	0.54

Obs.: Na categoria Outros, o único usuário mencionou sua bicicleta como meio de transporte.

Gráfico VII.Meios de transporte mais utilizados na micro-área 4



As famílias da referida localidade, em casos de doença, procuram em primeiro lugar o Centro de Saúde II Costeira, como opção, recorrem aos hospitais em detrimento da farmácia e de outras referências como as benzedeiras, por exemplo. As famílias que possuem planos de saúde, costumam procurar clínicas particulares, respondendo à pergunta através da opção “Outros”. Também foram aceitas respostas múltiplas neste tópico.

Tabela XI. Estabelecimento que procura em caso de doença na micro-área 4.

Local procurado	Número de famílias	%
Hospital	87	47.28
Unidade de Saúde	134	72.83
Benzedeira	0	0
Farmácia	0	0
Outros	21	11.41
Pessoas com plano de saúde na micro-área 4	97	14.79 ( da população total )

Gráfico VIII. Procura por serviços de saúde na micro-área 4.



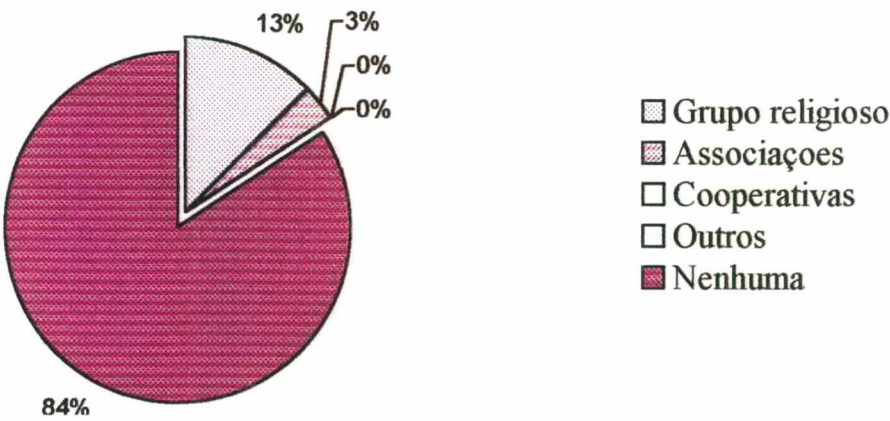
A participação comunitária foi detectada principalmente em famílias evangélicas, através de grupos religiosos.

Dentre todas famílias da micro-área, apenas uma relatou não possuir energia elétrica, portanto 99.46 % da comunidade possui energia elétrica.

Tabela XII. Participação comunitária entre as famílias envolvidas.

Participação comunitária	Número de famílias	%
Grupo religioso	23	12.5
Associações	6	3.26
Cooperativas	0	0
Outros	0	0
Nenhuma	155	84.24

Gráfico IX. Participação comunitária na micro-área 4



## 5.DISSCUSSÃO

O bairro da Costeira do Pirajubaé, na capital catarinense, sempre foi conhecido como tradicional bairro da classe média baixa de ascendência açoriana, natural de Florianópolis, sendo inclusive morada de pescadores antigos, porém esta realidade tem se transformado nesta última década.

Com o aumento do fluxo migratório para Florianópolis, e o conseqüente aumento da população da capital, praticamente todos os bairros cresceram e com a Costeira não foi diferente, mas esta apresentou certas particularidades que moldaram o local no que ele é hoje.

A procura de emprego nos grandes centros urbanos não foi acompanhada pela oferta, causando um aumento das áreas de favelas. No caso da Costeira, o que era uma pequena favela nas áreas mais altas das encostas do morro, se expandiu a olhos vistos, fazendo com que se erguessem barracos cada vez menores em áreas cada vez mais altas. Isto porque o bairro é perto do Centro da cidade de Florianópolis, onde se situa o “coração” econômico da cidade, e, portanto, o maior número de empregos disponíveis.

Este quadro retrata uma diminuição do nível sócio-econômico da população do bairro pelo aumento do número de desempregados morando nesta região e, pela falta de infra-estrutura para abrigar estes novos moradores, um verdadeiro caos, do ponto de vista de urbanização. As conseqüências desta ocupação desregrada são progressivas e cada vez piores de serem revertidas, de modo que uma atuação no sentido de controle deste crescimento e seu planejamento deva ser realizada.

A nível de micro-áreas, a número 4 do PSF é uma das mais populosas da Costeira, sendo localizada em um território próximo do Centro, situado parte em área plana, parte em encosta de morro, tendo ruas estreitas nesta encosta, porém

com fácil acesso a transporte coletivo em suas partes mais baixas e à Unidade de Saúde. Sua grande população se deve à sua proximidade do Centro, que fez com que seu território fosse um dos primeiros a ser ocupado na Costeira, que, por si só, já é um fator, a isso soma-se o fato de que um pequeno número de famílias dispõe de automóveis.

Neste setor do transporte, os ônibus, meio de transporte mais amplamente utilizado na micro-área 4 (tabela X), apenas passam nas ruas principais do bairro sem subir as encostas, devido às ruas estreitas. Apenas uma pessoa declarou usar a bicicleta como meio de transporte, uma opção barata e muito usada em outros países, mas tradicionalmente desprezada no Brasil.

Na parte do inquérito relacionada aos meios de comunicação o mais largamente utilizado é a televisão (tabela IX), como poderia se esperar. Este resultado nos ajuda a compreender o impacto que a mídia televisiva tem sobre a população em geral, e nos revela que mesmo nas camadas sociais mais baixas a informação por esse meio tem grande difusão. A pesquisa permite, então, a visualização do melhor meio para difundir informação importante entre os moradores da micro-área 4.

A quantidade de famílias que utiliza a televisão e rádio só o faz porque das 184 casas pesquisadas só uma referiu não ter energia elétrica, ou seja quase a totalidade da micro-área possui instalações elétricas, o que não quer dizer que estas sejam legais, pois apesar de constar na ficha cadastral familiar o tipo de instalação feita no domicílio, no programa utilizado esta informação não tinha como ser computada, mas pôde-se confirmar através das visitas domiciliares que muitas são do tipo “rabicho”, ou seja puxadas da linha elétrica principal e não conectadas a relógios da CELESC (Centrais Elétricas do Estado de Santa Catarina).

O abastecimento de água da micro-área 4 é dividido fundamentalmente em duas fontes: a rede pública, com água fornecida pela CASAN ( Companhia Catarinense de Água e Saneamento ) e uma nascente conhecida como “cachoeira”, que fornece água para a maioria das casas, porém com pequena diferença (tabela III).

O sistema de esgoto, também de responsabilidade da CASAN, no referido local atinge cerca de 35% da população, de acordo com a pesquisa, enquanto cerca de 60% das casas possuem fossas sanitárias e aproximadamente 5% dos domicílios ( 9 famílias ) jogam fezes e urina a céu aberto (tabela VII).

No Brasil, dados de 1991 do Ministério da Saúde<sup>11</sup>, mostram que 44% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado ( rede pública ou fossa sanitária ). Em Santa Catarina, 38,5% dos domicílios tem sistema de esgoto (público ou não) apropriado, enquanto em Florianópolis, de acordo com o IBGE<sup>11</sup> em 1991, 93% dos moradores tem instalação sanitária, sendo 27,6% da rede de esgoto e 61,7% fossa sanitária.

Uma outra consequência da ocupação desorganizada das encostas é que a principal fonte de abastecimento de água dos domicílios da micro-área 4, a “cachoeira”, está com as margens tomadas por moradias e surgiram várias saídas de esgotos para o córrego, fontes certas de contaminação por coliformes fecais.

Também relacionado a este quadro de contaminação da principal fonte de água da micro-área 4 está o resultado da pesquisa no que diz respeito ao tratamento de água feito no domicílio. Mais da metade das famílias não realiza tratamento algum na água consumida, muitas acreditando que a água proveniente da “cachoeira” seja limpa ou confiando na competência da CASAN em tratamento de água. Muitas famílias responderam que a água de casa sofria cloração, talvez supondo esta prática pela CASAN. Na verdade a pergunta referia-se ao tratamento feito em casa com hipoclorito de sódio, portanto esta

questão deve ser interpretada sabendo que o resultado atribuído à cloração é menor e significa mais famílias que não realizam nenhum tratamento. Apenas 15 famílias (8,15%) possuem filtro em casa e somente 3 famílias (1,63%) fervem a água antes de consumi-la (tabela IV). A questão do abastecimento e da qualidade da água ingerida pela população é muito importante pois tem consequência direta sobre o nível de saúde da comunidade.

A título de comparação com outras populações, dados fornecidos pelo Ministério da Saúde<sup>11</sup> revelam que, em 1991, 75,40% dos domicílios brasileiros tinham abastecimento de água adequado. Em Santa Catarina, de acordo com a mesma fonte, esta porcentagem sobe para 89,1%. Em Florianópolis, de acordo com o IBGE<sup>11</sup>, a rede geral atende a 77,8% dos moradores enquanto somente 44,57% da micro-área 4 é abastecida pela CASAN (tabela III).

A pesquisa sobre o material de construção usado nas casas da micro-área 4 revelou que a maioria dos domicílios é de tijolo e material de alvenaria ( 55%), seguida pelas casas de madeira (26,09%), material tradicionalmente usado em moradias mais humildes. Outros materiais como taipa e material aproveitado englobam pouco menos de 20% das moradias.

A coleta de lixo é realizada pela COMCAP ( Companhia de Melhoramentos da Capital ) e abrange praticamente toda micro-área, visto que apenas 4 famílias referiram queimar ou enterrar o lixo e nenhuma referiu jogá-lo a céu aberto. Ela acontece em dias alternados, seguindo um calendário fixo : terças, quintas e sábados.

Apesar da grande abrangência deste serviço e da sua regularidade, se faz necessária uma educação da comunidade no sentido de selecionar seu lixo para reciclagem e para deposição em locais adequados nos dias de coleta, pois durante as visitas domiciliares foi possível perceber que o lixo fica acumulado em alguns locais, devido à deposição por alguns moradores que habitam em

partes mais altas, ficando até 48 horas a céu aberto, atraindo insetos e roedores que são potenciais transmissores de doenças.

A coleta do lixo em Florianópolis, de acordo com o IBGE<sup>11</sup> em 1991, abrange 92,4% da população, sendo que 6,2% queimam ou enterram e 1,2% jogam o lixo a céu aberto. Em Santa Catarina<sup>11</sup>, 61,7% dos habitantes têm o lixo coletado, 27,1% queimam ou enterram-no e 8,5% o jogam a céu aberto. A nível nacional, 60,3% têm coleta de lixo enquanto 14,4% queimam ou enterram. 18,9% jogam a céu aberto.

Outra consequência da mudança de perfil da população da Costeira foi a configuração dos grupos comunitários. Outrora conhecida como uma comunidade de pescadores a Costeira teve uma diminuição maciça da atividade da pesca após o aterro de uma grande área litorânea em frente ao bairro. Isto além de motivar a mudança de pescadores antigos para outras localidades, também desencorajou outros a manterem suas atividades, com isso extinguindo a Associação dos Pescadores da Costeira do Pirajubaé. Os poucos pescadores que habitam no bairro não praticam a pesca em áreas próximas e as únicas lembranças desta época são algumas casas de barcos mal conservadas que podem ser vistas em alguns pontos à beira da estrada que leva ao Aeroporto Hercílio Luz, principal motivo do aterro.

Por outro lado, há o fenômeno do crescimento das igrejas evangélicas em todo Brasil, e na Costeira não é diferente. A maior referência à participação em grupos comunitários diz respeito aos grupos religiosos, com 12,5% da comunidade pertencendo a eles.

Como há muitos moradores novos, poucos se organizam em grupos comunitários, fazendo com que a “voz da comunidade” seja mais fraca frente a problemas que exijam mobilização popular. Os moradores que responderam “outros” (84,24% da população da micro-área 4) não têm participação



comunitária, porém a ficha cadastral da PMF não possuía esta alternativa (tabela XII).

Enquanto no Brasil a população entre 10 e 14 anos de idade apresenta 82,3% de alfabetização, Santa Catarina tem 96,5% e Florianópolis 97,3%. A população da micro-área 4 do PSF da Costeira do Pirajubaé entre 7 e 14 anos refere 91,95% de crianças na escola. Portanto não tão bom assim se comparado aos números estaduais e municipais.

Na faixa etária acima de 15 anos, incluindo as pessoas com 15 anos, os números são os seguintes: no Brasil<sup>12</sup>, 84,4% de alfabetização (1997), em Santa Catarina<sup>11</sup>, 90,1% e em Florianópolis<sup>11</sup>, 92,7%. Na micro-área referida este número este número é de 94,4% dos moradores da micro-área 4. Em comparação com as estatísticas nacionais, estaduais e municipais a micro-área 4 apresenta um bom número de alfabetizados. Cabe aqui ressaltar que entre a população idosa o analfabetismo é muito comum na comunidade, fato atestado durante o trabalho de atendimento médico realizado no Centro de Saúde da Costeira.

A distribuição da população por idade foi adaptada a faixas etárias decenais para uma padronização com os dados nacionais, estaduais e municipais do IBGE em 1998<sup>11</sup>.

A análise da pirâmide etária (Gráfico I) nos permite dizer que a população da micro-área 4 é predominantemente jovem em idade economicamente ativa, apesar deste conceito ficar um pouco perdido no contexto social e econômico brasileiro, principalmente nas camadas sociais mais baixas, pois nestas é normal que se trabalhem idosos e crianças, que teoricamente não se encaixariam neste conceito. Quanto à distribuição por sexo, existe um número maior de homens mas a diferença é pequena.

Quando comparamos com a pirâmide etária de Florianópolis<sup>11</sup>, notamos que a distribuição é semelhante, principalmente na questão da predominância de jovens, apesar de as faixas etárias não serem as mesmas exatamente. Quanto ao Estado de Santa Catarina<sup>11</sup> percebemos uma diferença maior também dentro das faixas etárias maiores. Mas quando comparamos com os dados do Brasil<sup>11</sup>, vemos que a população é jovem em relação ao resto do país, que possui mais jovens em faixas etárias menores de 19 anos, proporcionalmente.

Tendo em vista este perfil da população, a discussão sobre a saúde desta população poderá ser mais perfeitamente compreendida.

Dentre as doenças referidas pela comunidade, as mais apontadas foram a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, obviamente na população acima de 15 anos ( tabela II). A doença mais referida( 27 casos, ou seja 5,59% da população acima de 15 anos de idade), a hipertensão arterial sistêmica atinge cerca de 20% da população nacional<sup>15</sup> e também ocorre preferencialmente em idosos. Esta diferença considerável de prevalência ocorre, provavelmente por dois fatores: a maioria da população da micro-área é jovem e, muitos casos não são diagnosticados pois a hipertensão é muitas vezes assintomática, sendo, então, subdiagnosticada.

No caso da diabetes, de acordo com o estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde em 1990<sup>13</sup>, esta é de 7,6% entre a população entre 30 e 69 anos de idade. Na micro-área 4, como foi pesquisado entre a população acima de 15 anos a comparação é complicada, mas como a maioria dos casos são do tipo 2, que ocorre principalmente em maiores de 45 anos é válido ser relatado. Na população da micro-área foram relatados 21 casos de diabetes, o que corresponde a 4,35% da população acima de 15 anos de idade(tabela II).

Outra condição que deve ser relatada é a do alcoolismo, que também é um problema social, desde que a situação econômica do país repercute nas famílias de várias formas e a depressão e o alcoolismo são algumas destas formas. Foram referidos 7 casos de alcoolismo na comunidade o que equivale a 1,07% da população (tabela II). Também neste caso é possível que haja uma subnotificação devido ao embaraço que este tipo de pergunta pode ocasionar ao entrevistado.

Uma doença referida que também merece ser focalizada é a tuberculose (2 casos, 0,3% da população), que após muitos anos voltou a se tornar um problema de grande importância, principalmente por ser muito comum entre indivíduos imunodeprimidos, que com a explosão da AIDS ( Síndrome da Imunodeficiência Adquirida ), são mais comuns hoje. Aliás aqui fica uma ressalva à formulação do software nacional que não inclui a AIDS, uma epidemia importante, além disso as doenças relacionadas são poucas, apenas oito.

Em relação à procura de serviços de saúde pela comunidade da micro-área 4 do PSF da Costeira do Pirajubaé (tabela IX), ficou constatado que a maior referência da população neste sentido é o Centro de Saúde II Costeira, seguido pelo Hospital Universitário. Como foram admitidas respostas múltiplas, muitas famílias responderam os dois não expressando sua preferência mas o maior número de respostas foi para a Unidade Básica de Saúde.

A grande parte das famílias entrevistadas que responderam “Outros”, referiram ter plano de saúde e que procuram por clínicas particulares. 97 pessoas referiram estar cobertas por planos de saúde (14,79%), enquanto 21 famílias relataram procurar “Outros” serviços de saúde (11,41%).

Esta parte do questionário também mostra que, ao contrário do que se esperava, a benzedeira não foi mencionada por nenhuma família, podendo este

resultado ser ou consequência do constrangimento do entrevistado em contar ao agente de saúde, por associa-lo à Unidade de Saúde, ou mesmo a morte de um antigo costume ilhéu.

Outro resultado que pode ter sofrido a influência deste constrangimento frente ao agente de saúde foi o de que nenhuma família referiu procurar a farmácia em caso de doença, situação muito comumente registrada nos atendimento no CS II Costeira.

## **6.CONCLUSÕES**

Este estudo possibilitou uma caracterização da população e das condições de vida da micro-área 4 do PSF da Costeira do Pirajubaé, permitindo o diagnóstico de alguns problemas relacionados à saúde da comunidade, como o precário sistema de abastecimento de água, sobre o pouco tratamento de água realizado nos domicílios, a pequena cobertura pelo sistema de esgoto e a falta de mobilização da população.

Além disso permitiu avaliar o uso dos serviços de saúde , sendo o CS II Costeira a principal referência da comunidade, apesar de grande parte da população também procurar o hospital e as principais morbidades referidas, sendo estas a diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica, apesar dos moradores desta micro-área serem predominantemente jovens, tendo um equilíbrio numérico entre os dois sexos.

Ainda sobre o perfil da comunidade esta é predominantemente de classe sócio-econômica baixa, com grande índice de alfabetização, porém com menor grau de escolaridade.

A situação geral da micro-área 4 da Costeira é produto das condições impostas pela conjuntura econômica do país , que faz com que não somente na Costeira, não somente em Florianópolis, mas na grande maioria dos centros urbanos do Brasil haja um processo de “favelização” dos bairros de periferia e aumento das favelas já formadas, aumentando a população destes locais sem que esse aumento seja acompanhado pela implantação de infra-estrutura para comportar mais moradores.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAIM, J.S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. *In:* ROUQUAYROL M.Z., ALMEIDA Fº N. Epidemiologia e saúde. 5º ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
2. CHESTER, L.G.C.; TANAKA, O, Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. Cadernos de Saúde Pública, 12 (s.2): p.59-70, 1996
3. PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais: A Epidemiologia na Organização dos Serviços de Saúde. *In:* Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia: 188-97, 1992.
4. PAIM, J.S. A Reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. *In:* MENDES, EV. (org .) *Distrito sanitário: Processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.*, São Paulo- Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO 1993, p.187- 220.
5. LEVCOVITZ, E. A norma operacional básica 1996 e PSF. Conferência proferida na reunião técnica de planejamento das ações estratégicas do PACS/ PSF. Ministério da Saúde. Brasília, 22 de abril de 1996.
6. Castellanos, P.L. A Epidemiologia e a Organização dos Sistemas de Saúde. *In:* ROUQUAYROL M.Z., ALMEIDA Fº N. Epidemiologia e saúde. 5º ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
7. BARRADAS, R. de C.B. O Desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva, Revista de saúde pública: 31(s) 531-7, out. 1997.

8. Mendes, E.V.; Teixeira, C.F.; Araújo, E.C.; Cardoso, M.R.L. Distritos Sanitários: Conceitos – Chave. In: Mendes, E.V. O Distrito Sanitário. 1993. p.159 – 183.
9. Assis, M.M.A; Pereira, M.J.B; Mishima, S.M. O Processo de gestão nas unidades básicas: limites e possibilidades de um novo agir em saúde. Saúde em Debate 1996; 52 (set): 58-9.
10. Andrade, LOM; Pontes, R.J.S.; Júnior, T.M. A descentralização no marco da Reforma Sanitária do Brasil. Rev Panam Salud Publica 2000; 8 (1/2): 84-7.
11. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS.com  
Disponível On-line em [www.datasus.gov.com.br](http://www.datasus.gov.com.br)  
Acessado em 04/02/2001.
12. Pan American Health Organization. PAHO/WHO Epidemiological bulletin vol.21,n<sup>o</sup> 4.Disponível On-line em [www.paho.org](http://www.paho.org)  
Acessado em 09/02/2001.
13. Brasil.Ministério da Saúde. Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil, 1990.
14. Malerbi, D.A.; Franco, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose in urban brazilian population aged 30-69. The Brazilian Cooperate Group on the study of diabetes mellitus prevalence. Diabetes Mellitus Care, 1992. 15 (11): 1509-16.
15. Duncan, B.B.; Schmidt, M.I.; Giugliani, E.R.J. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2 ed. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, p.433-37. 1996.
16. GHISO, Alfredo. Investigación comunitária. Desafios y alternativas en escenarios de alta conflictividade. Investigacion en Salud, 1 (2) 68-76, 1998.

## **ANEXOS**

**Atividades e serviços oferecidos pelo CS II Costeira:**

**Programa de saúde da Mulher:**

- Preventivo de Câncer ginecológico e mama.
- Planejamento familiar.
- Consultas ginecológicas.
- Pré-natal.

**Programa Saúde da Criança**

- Puericultura: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuro-psico-motor.
- Vacinação.
- Tratamento de doenças comuns.
- Teste de Guthrie ( teste do pezinho ).

**Assistência de Enfermagem**

- Consulta de Enfermagem à gestante, planejamento familiar, preventivo do câncer de mama e colo do útero.
- Consulta de Enfermagem aos portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes.
- Visita domiciliar.

**Procedimentos de Enfermagem**

- Injeções.
- Nebulizações.
- Curativos.
- Retirada de pontos.
- Verificações dos sinais : pressão arterial, pulso, respiração, temperatura.
- Teste de glicemia capilar.
- Vacinação de crianças e adultos.
- Trabalho de DST /AIDS.

**Atendimento médico em Clínica geral, Ginecologia e Pediatria.**

**Atendimento odontológico.**

**Grupo de apoio aos diabéticos e hipertensos.**

**Grupo de gestantes.**



## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho segue normatização dos trabalhos científicos do curso de graduação em Medicina. Resolução número 001/97 do colegiado do curso em graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, SC, 2001

## **7. RESUMO**

Este trabalho tem como objetivo descrever a situação da saúde da população da micro-área 4 do PSF do bairro da Costeira do Pirajubaé, apontando alguns problemas e fornecendo informações que possam ser usadas para subsidiar a programação local de saúde.

Para isso foram usadas informações coletadas através de inquérito domiciliar, entre junho e julho de 1.999, por agente de saúde do PACS ( Programa de Agentes Comunitários de Saúde ) e estas foram processadas pelo software do Sistema de Informação de Atenção Básica, o SIAB.

Os resultados mostraram uma população predominantemente jovem, de classe baixa, que vive sob condições ruins de abastecimento de água, não faz tratamento desta no domicílio e tem grande parte das suas casas não cobertas pelo sistema público de esgoto. Possui um bom número de alfabetizados e sua maior referência quanto a serviços de saúde é o Centro de Saúde II Costeira e apenas uma pequena parcela da população é coberta por plano de saúde. As principais morbidades referidas são o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica, principalmente nos mais idosos.

## **8.SUMMARY**

This study has as purpose to describe the health condition of the population of the micro-area 4 of the PSF in the Costeira do Pirajubaé district, by showing some problems and giving informations that can be useful as subsidy to the local health programation.

For that were used information obtained through a household survey, made beetween june and july of 1.999, by a health agent of the PACS ( Health Agents Program ) and processed by the SIAB (Basic Atention Information System) software.

The results showed a population predominantly young, of low class, who lives under bad conditions of water support, that does not do the home water treatment and has great part of the houses not covered by the public sewers systems. Shows good numbers about literate population and the reference about health is the Centro de Saúde II Costeira, and a low part of the population is covered by health programs. The most reported diseases are the diabettes mellitus and the high blood pressure, specially among the olders.